



پذیرش‌ها و بستری‌های غیر ضروری در بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵

امین ترابی پور: استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. torabi-a@ajums.ac.ir

احمد طهماسبی قرابی: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. tahmasbigh.a@ajums.ac.ir

صادق معظمی سدهی: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران. a.sedehi6@gmail.com

* احسان کیخایی: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران

(* نویسنده مسئول) e.keykhvae63@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: پذیرش و بستری غیر ضروری منجر به افزایش طول اقامت کاذب، هزینه‌های بیمارستانی، ارائه‌ی خدمات ضعیف و افزایش عفونت‌های بیمارستانی می‌گردد. هدف از این مطالعه، تعیین میزان پذیرش‌ها و بستری‌های غیر ضروری در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ اجرا شد، ۲۴۶ بیمار بستری در بخش‌های ارولوژی، گوش حلق بینی و جراحی عمومی بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز به صورت تصادفی انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز از طریق پروتکل معتبر و جهانی EPA گردآوری شد. این پروتکل شامل دو بخش معیارهای پذیرش ضروری و بستری ضروری می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آمارهای توصیفی و در نرم افزار Spss.21 انجام شد.

یافته‌ها: با بررسی وضعیت ۲۴۶ بیمار، پروتکل ارزیابی مناسب از نظر ضروری بودن پذیرش و بستری آن‌ها، یافته‌ها بیانگر این موضوع است که ۷/۳ درصد پذیرش‌ها و از مجموع ۱۳۲۲ روز بستری بیماران، ۱۵/۹ درصد (۲۵۵ روز) بستری‌ها غیر ضروری بودند.

نتیجه‌گیری: با افزایش پذیرش‌های غیر ضروری، افزایش روز بستری‌های غیر ضروری نیز افزایش می‌یابد. پذیرش و بستری‌های غیر ضروری با روش‌های مدیریتی مانند استفاده از پروتکل‌های پذیرش بیماران، مدیریت تخت و برنامه ریزی ترخیص بیماران قابل کنترل است.

واژگان کلیدی: بستری غیر ضروری، پذیرش غیر ضروری، بیمارستان، پروتکل ارزیابی.

مقدمه

امروزه در دنیا مساله رشد جمعیت، روند فزاینده قیمت‌ها و توزیع نامناسب امکانات سبب رویکرد و اقبال ویژه‌ای به امر بهره‌وری و استفاده مقتضی با بازدهی بیشتر از امکانات موجود شده است. این امر در تمامی حوزه‌های مدیریتی به ویژه در حیطه بهداشتی و درمانی تمامی کشورهای در حال توسعه از اهمیت زیادی برخوردار است (۱). در همین راستا تقاضا برای خدمات بیمارستانی به طور فزاینده‌ای در حال افزایش است. بنابراین، دولت‌ها و سازمان‌های بیمه سلامت باید اقدامات جدی برای مدیریت تقاضای خدمات بیمارستانی، کنترل هزینه‌های بخش سلامت و تخصیص بهینه منابع به کار گیرند (۲). شاخص‌های بیمارستانی نظیر پذیرش ضروری، در صد اشغال تخت بیمارستان، مدت اقامت بیماران در بیمارستان، گردش تخت و فاصله گردش تخت بیمارستان برای سنجش کارایی بیمارستان‌ها استفاده می‌شوند (۳). پذیرش و اقامت غیرمقتضی به عنوان یکی از ضعف‌های سیستم‌های بهداشت و درمان حتی در کشورهای پیشرفته می‌باشد. در ایران، مشکلات موجود در حوزه‌های مدیریتی بیمارستان‌ها و معضلات اقتصادی و فرهنگی اطلاع از میزان پذیرش و اقامت غیرمقتضی جهت حذف یا اصلاح موانع بستری صحیح و مقتضی حیاتی است. با نگاهی به هزینه‌های سالانه تخت‌های کشور، بدون در نظر گرفتن هزینه‌های اجتناب ناپذیر حجم هزینه‌های بدون فایده و تحمیلی که صرفاً با اشغال غیرمقتضی تخت به سیستم درمان کشور تحمیل می‌شود، روشن خواهد شد (۴). پذیرش و بستری نامناسب منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی، ارائه خدمات ضعیف، استفاده از امکانات و منابع با کیفیت پایین، افزایش عفونت‌های بیمارستانی و زخم بستر و لخته شدن خون در سیاهرگ‌های بیمار به دلیل بستری و بی‌حرکی شود که باعث به وجود آمدن شرایط بحرانی برای بیمار و یا حتی مرگ وی شود (۵و۶). استفاده بهینه از تخت‌های بستری نقشی بسزا در ارتقاء کارایی و اثربخشی بیمارستان‌ها داشته و یکی از چالش‌های اصلی بیمارستان‌ها در این خصوص، بهینه کردن مدت اقامت

بیماران است. لذا از دیدگاه بیمارستانی، بهین سازی آن و حذف موارد غیر ضروری مدت اقامت باعث افزایش کارایی از طریق افزایش ستانده در مقایسه با کاهش نهاده می‌شود (۷). مطالعات نشان می‌دهد که قسمت قابل توجهی از خدمات بیمارستانی ارائه شده به بیماران غیر ضروری هستند. کشور ایران نیز از این امر مستثنی نیست. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که در صدی از پذیرش‌های بستری و خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی ارائه شده در بیمارستان‌های ایران غیر ضروری هستند (۲). همچنین محدودیت منابع مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی، ارتباط ضعیف بین متخصصان در سطح اول و سطح دوم مراقبت‌ها و همچنین احتیاط کاری پزشکانی که بیمار را بیش از حد لزوم بستری می‌کنند از دلایل پذیرش و بستری غیر مقتضی است (۸). در مطالعات مصدق راد و اصفهانی، میزان پذیرش‌های غیرضروری و بستری‌های غیرضروری بیماران در بیمارستان‌های ایران براساس مدل تصادفی به ترتیب، ۲/۷ درصد و ۴/۲ درصد گزارش شد (۲و۹). همچنین در مطالعه‌ای که سال ۲۰۱۸ در چین انجام گرفت میزان پذیرش‌های غیر ضروری در بیمارستان‌های پنج استان این کشور برابر با ۱۵/۲ درصد بود (۹). همچنین در مطالعه‌ای میزان بستری‌های غیر ضروری در دو بیمارستان کره جنوبی برابر با ۱۴/۹ درصد بود (۱۰). با در نظر گرفتن مشکلات اقتصادی کشور، گران بودن احداث بیمارستان‌ها، هزینه بالای تجهیزات آن و همچنین به منظور جلوگیری از اتلاف منابع و لزوم پوشش وسیع خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کشور، باید تلاش همه مدیران و برنامه‌ریزان در جهت حداکثر استفاده از امکانات موجود باشد (۱۱). در همین راستا استفاده از پروتکل ارزشیابی مناسب پذیرش بیمار (AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) یکی از راهکارهای موثر کاهش مدت اقامت و پذیرش غیرضروری بیماران است (۲و۹). کاهش استفاده‌های نابجا از خدمات بهداشتی یکی از شیوه‌های تحدید هزینه‌های بهداشتی و درمانی بدون آسیب به کیفیت این خدمات و افزایش بهره‌وری می‌شود (۲و۸). با توجه به اینکه با حذف پذیرش و بستری‌های غیر ضروری در بیمارستان می‌توان میزان هزینه‌ها و عفونت‌های بیمارستانی را کاهش و کیفیت خدمات و بازده کاری را

وضعیت بالینی وی تکمیل می‌شد و اگر بیمار حداقل شامل یکی از معیارهای جدول پذیرش‌های ضروری باشد پذیرش وی ضروری تلقی می‌شد و در غیر این صورت غیر ضروری قلمداد می‌شد. پرسشگر در روزهای بعد بیمارانی را که در روز قبل پذیرش می‌شدند را مجدداً بررسی می‌کرد و شرایط ضروری بودن اقامت آنها را بر اساس قسمت دوم پروتکل تعیین می‌کرد. در صورتی که بیمار حداقل یکی از معیارهای اقامت ضروری را داشت در آن روز اقامت بیمار ضروری تلقی می‌شد و این کار در روزهای بعد برای بیمار تا زمان ترخیص تکرار می‌شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها پس از اخذ مجوز از مسئولان دانشگاه و تصویب طرح پژوهشی با کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1395.705 جهت تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام شد. سپس با اخذ رضایت فرد تکمیل‌کننده و اطمینان دادن به محرمانه بودن اطلاعات، از آنها خواسته شد تا بدون نوشتن نام و نام خانوادگی پرسشنامه را تکمیل نمایند. همچنین به آنها توضیح داده شد که تکمیل پرسشنامه اختیاری است و هیچ اجباری در تکمیل آن نمی‌باشد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آمارهای توصیفی توسط نرم افزار Spss.21 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا یافته‌های مربوط به پذیرش‌های غیر ضروری و در ادامه بستری‌های غیرضروری بر حسب متغیرهای مورد نظر بررسی خواهند شد. مطابق جدول ۱، بیشترین پذیرش غیر ضروری در بیمارستان امام خمینی (۸ درصد) و در بیماران بالای ۶۰ سال (۱۵/۴ درصد)، زن (۸/۴ درصد) و دارای بیمه کمیته امداد (۲۸/۶ درصد) بود. همچنین این میزان به طور کلی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۷/۳ درصد بود.

افزایش داد. این مطالعه با هدف بررسی پذیرش‌ها و بستری‌های غیر ضروری در بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. جامعه پژوهش مطالعه بیماران بخش‌های ارولوژی، گوش حلق بینی و جراحی عمومی سه بیمارستان آموزشی امام خمینی، گلستان و رازی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بود. با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۲۴۶ بیمار به صورت تصادفی خوشه‌ای از کلیه بیماران بخش‌های منتخب انتخاب و بررسی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل دو بخش اطلاعات فردی بیماران (جنس، سن و نوع بیمه) و پروتکل معتبر و جهانی ارزیابی ضرور (AEP) بود. این پروتکل در سال ۱۹۸۱ توسط گتمن و همکاران او در ایالت متحده منتشر گردیده و اعتبار و روایی آن به مکرر در مطالعات مختلف در کشورهای اروپایی و آمریکایی مورد تایید قرار گرفته است (۱۲). همچنین در داخل کشور نیز در مطالعات فکری و یعقوبی فر این پروتکل مورد استفاده قرار گرفته است و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت (۸ و ۴). همچنین بررسی مطالعات نشان داد که همه مطالعات سنجش پذیرش غیرضروری بیمار در بیمارستان‌های ایران از پروتکل ارزشیابی مناسب استفاده شده است (۹). این پروتکل برای تمام بخش‌های بستری به استثنای زایمان و مامایی، مسمومیت‌ها و روانی اعتبار دارد (۱۲). این پروتکل شامل دو بخش معیارهای پذیرش ضروری (شامل ۱۸ سوال) و بخش معیارهای مربوط به بستری ضروری (۲۴ سوال) می‌باشد (۱، ۱۳). اطلاعات مورد نیاز این پرسش‌نامه توسط پرستار آموزش دیده برای بیماران به صورت روزانه تکمیل شد. بدین صورت که در روز اول با مراجعه به بخش بالینی جدول مربوط به پذیرش‌های ضروری بر اساس اطلاعات پرونده بیمار و همچنین

جدول ۱. میزان پذیرش‌های ضروری و غیر ضروری بیماران بر حسب متغیرهای دموگرافیک.

| متغیر | نوع پذیرش | | |
|------------|---------------|-------------|--------------|
| | ضروری | غیر ضروری | |
| | تعداد(درصد) | تعداد(درصد) | |
| بیمارستان | رازی | ۴ (۰.۷/۴) | ۵۰ (۰.۹۲/۶) |
| | امام خمینی | ۱۱ (۰.۸/۱) | ۱۲۶ (۰.۹۲) |
| | گلستان | ۳ (۰.۵/۵) | ۵۲ (۰.۹۴/۵) |
| | کل | ۱۸ (۰.۷/۳) | ۲۲۸ (۰.۹۲/۷) |
| سن بیمار | ۱-۱۸ | ۱ (۰.۷/۱) | ۱۳ (۰.۹۲/۹) |
| | ۱۸-۴۰ | ۱۰ (۰.۷/۳) | ۱۲۷ (۰.۹۲/۷) |
| | ۴۱-۶۰ | ۵ (۰.۷) | ۶۶ (۰.۹۳) |
| | بالای ۶۰ | ۴ (۰.۱۵/۴) | ۲۰ (۰.۸۴/۶) |
| جنس | زن | ۱۳ (۰.۸/۴) | ۷۰ (۰.۹۱/۶) |
| | مرد | ۱۱ (۰.۶/۷) | ۱۵۲ (۰.۹۳/۳) |
| وضعیت بیمه | تامین اجتماعی | ۱ (۰.۲/۳) | ۴۳ (۰.۹۷/۷) |
| | خدمات درمانی | ۱۵ (۰.۸) | ۱۷۲ (۰.۹۲) |
| | کمیته امداد | ۲ (۰.۲۸/۶) | ۵ (۰.۷۱/۴) |
| | فاقد بیمه | ۰ (۰) | ۸ (۰.۱۰۰) |

جدول ۲. وضعیت پذیرش بر حسب بخش‌های درمانی بیمارستان‌های مورد مطالعه

| نام بخش | پذیرش ضروری | | پذیرش غیر ضروری | |
|------------------|-------------|------|-----------------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جراحی عمومی | ۷۶ | ۹۲/۷ | ۶ | ۷/۳ |
| گوش و حلق و بینی | ۸۱ | ۸۸/۸ | ۹ | ۱۱/۲ |
| اورولوژی | ۷۱ | ۹۶/۴ | ۳ | ۳/۶ |

در بررسی صورت گرفته از بخش‌های بستری مورد مطالعه، بیشترین مقدار پذیرش‌های غیر ضروری در بخش گوش و حلق و بینی (۱۱/۲ درصد) و کمترین (۳/۶ درصد) در بخش اورولوژی بود (جدول ۲).

جدول ۳. میزان بستری‌های ضروری و غیر ضروری بیماران بر حسب متغیرهای دموگرافیک.

| متغیر | نوع بستری | |
|------------|---------------|-----------|
| | ضروری | غیر ضروری |
| بیمارستان | رازی | ۷ (۱۳/۰) |
| | امام خمینی | ۲۳ (۱۶/۸) |
| | گلستان | ۹ (۱۶/۴) |
| | کل | ۳۹ (۱۵/۹) |
| سن بیمار | ۱-۱۸ | ۴ (۲۸/۶) |
| | ۱۸-۴۰ | ۲۰ (۱۴/۶) |
| | ۴۱-۶۰ | ۱۲ (۱۶/۹) |
| | بالای ۶۰ | ۴ (۱۵/۴) |
| جنس | زن | ۱۳ (۱۵/۷) |
| | مرد | ۹ (۱۶/۰) |
| وضعیت بیمه | تامین اجتماعی | ۷ (۱۵/۹) |
| | خدمات درمانی | ۳۰ (۱۶/۰) |
| | کمیته امداد | ۲ (۲۸/۶) |
| | فاقد بیمه | ۰ (۰/۰) |

درصد) بود. همچنین این میزان به طور کلی در بیمارستان‌های مورد مطالعه ۱۵/۹ درصد بود (جدول ۳).

بیشترین بستری غیر ضروری در بیمارستان امام خمینی (۱۶/۸ درصد) و در بیماران بالای ۱ تا ۱۸ سال (۲۸/۶ درصد)، مرد (۱۶ درصد) و دارای بیمه کمیته امداد (۲۸/۶ درصد)،

جدول ۴. وضعیت بستری بر حسب بخش‌های درمانی بیمارستانهای مورد مطالعه.

| نام بخش | بستری ضروری | | بستری غیر ضروری | |
|------------------|-------------|------|-----------------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جراحی عمومی | ۶۶ | ۸۰/۵ | ۱۶ | ۱۹/۵ |
| گوش و حلق و بینی | ۶۳ | ۷۸/۸ | ۱۷ | ۲۱/۲ |
| اورولوژی | ۷۸ | ۹۲/۹ | ۶ | ۷/۱ |

مطابق جدول ۴، بیشترین بستری غیر ضروری (۲۱/۲ درصد) در بخش گوش و حلق و بینی و کمترین بستری غیر ضروری (۷/۱ درصد) در بخش اورولوژی بود.

بحث

همه ساله مطالعات گسترده‌ای با هدف بررسی پذیرش و بستری‌های غیر ضروری بیماران در بیمارستان در سراسر جهان صورت می‌گیرد (۱۰ و ۱۹-۱۴). همچنین مطالعات نشان داده است که پذیرش و بستری‌های غیر ضروری بیماران در بیمارستان‌ها موجب کاهش رضایت بیماران، افزایش عفونت‌های بیمارستانی و میزان مرگ و میر بیماران، کاهش آرایه خدمات به بیماران نیازمند، کاهش بهره‌وری بیمارستان‌ها و افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود (۲ و ۹-۸). لذا این مطالعه با هدف بررسی پذیرش‌ها و بستری‌های غیر ضروری در بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز انجام شد. مطالعه حاضر نشان داد که بطور کلی میزان پذیرش غیر ضروری در بیمارستان‌های آموزشی مورد مطالعه ۷/۳ درصد بود که این میزان تقریباً مشابه مطالعه صورت گرفته توسط فکاری و همکاران بود (۸). همچنین در مطالعه مصدق راد و اصفهانی که در سال ۱۳۹۸ انجام شد، میزان پذیرش‌های غیر ضروری بیماران در بیمارستان‌های ایران براساس مدل تصادفی ۲/۷ درصد گزارش شد (۹). در مطالعه پور رضا و همکاران نیز در بیمارستان‌های منتخب تهران این میزان ۲۲/۸ درصد گزارش شده بود که نتایج آن با مطالعه حاضر تفاوت زیادی دارد (۱۳). همچنین در مطالعه مصدق راد و اصفهانی بیشترین میزان پذیرش غیر ضروری بیماران در بیمارستانی آموزشی در مشگین شهر در سال ۱۳۹۵ برابر با ۱۱/۸ درصد و کمترین میزان پذیرش غیر ضروری بیماران در

بیمارستانی آموزشی در شهر یاسوج در سال ۱۳۹۵ برابر با ۰/۳ درصد بود (۹). شاید این اختلاف را بتوان به تفاوت در رویه‌های پذیرش بیمار در بیمارستان‌های مختلف، مکان جغرافیایی متفاوت و نیز میزان اشغال تخت‌های متفاوت در مراکز درمانی نسبت داد. مطالعه تولاتر در سال ۲۰۰۴ پذیرش غیر ضروری را در بیمارستان سوئد ۲۳ درصد برآورد نمود (۲۰). یک مطالعه دیگر نشان داد که میزان پذیرش غیر ضروری در ایتالیا ۳۸/۲ درصد و در اسپانیا در طیفی بین ۵ درصد تا ۴۵ درصد بود (۲۱ و ۲۲). همچنین در مطالعه‌ای که سال ۲۰۱۸ در چین انجام گرفت میزان پذیرش‌های غیر ضروری در بیمارستان‌های پنج استان این کشور برابر با ۱۵/۲ درصد بود (۹). همچنین، نتایج مطالعه حاضر نشان داد که روزهای بستری ۲۴۶ بیمار معادل ۱۳۲۲ روز بستری بود. یافته‌ها نشان داد که ۱۵/۹ درصد از بیماران دارای حداقل یک روز اقامت غیر ضروری نیز در بیمارستان بودند. در مطالعه پور رضا و همکاران ۸/۶ درصد گزارش شده است و همچنین بیان گردیده است که ۲۶/۸۶ درصد از بیماران دارای حداقل یک روز اقامت غیر ضروری بودند (۱۳). در مطالعه فکاری و همکاران میزان بستری غیر ضروری ۶/۲ درصد گزارش شد (۸). همچنین در مطالعه مصدق راد و اصفهانی که در بین سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۸۵ انجام گرفت، میزان بستری‌های غیر ضروری بیماران در بیمارستان‌های ایران براساس مدل تصادفی ۴/۲ درصد گزارش شد. همچنین در این مطالعه بیشترین اقامت غیر ضروری در بیمارستانی دولتی در شهر تهران در سال ۱۳۹۲ برابر با ۴۹ درصد و کمترین اقامت غیر ضروری بیماران در بیمارستانی آموزشی در تهران در سال ۱۳۹۲ برابر با ۰/۲ درصد بود (۹). یک گزارش در این زمینه نشان داد که در صد روز

پرداخت ثابت آینده نگر برای بیمارستان‌ها نظیر روش Diagnostic Related Groups (DRG) گروه‌های وابسته تشخیصی، توسعه شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و آرایه خدمات منسجم ارتقای سلامت و ادغام مراقبت‌های بهداشتی و خدمات اجتماعی نقش قابل توجهی در کاهش پذیرش و بستری غیر ضروری بیماران خواهند داشت (۲،۸،۹،۱۵،۱۶). از محدودیت‌های این مطالعه این است که در بیمارستان‌های آموزشی انجام پذیرفت و نمی‌توان نتایج آن را به سایر بیمارستان‌های خصوصی و عمومی تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

پذیرش‌های غیر ضروری به ترتیب در بخش‌های گوش و حلق و بینی، جراحی عمومی و اورولوژی بالاتر بود. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که اقامت غیر ضروری در بخش گوش و حلق و بینی بیشتر از سایر بخش‌های مورد مطالعه بود. با در نظر گرفتن مشاوره‌های به موقع و دقت بر سطوح ارجاع می‌توان از اقامت‌های غیر ضروری و متعاقباً افزایش هزینه‌های بیمارستانی جلوگیری نمود. پذیرش و اقامت غیر ضروری با روش‌های مدیریتی مانند استفاده از پروتکل‌های پذیرش بیماران، مدیریت تخت و برنامه‌ریزی ترخیص بیماران قابل کنترل است. پیشنهاد می‌شود یک تیم مدیریتی در بیمارستان‌ها در راستای شناسایی عوامل مؤثرتر بر مدت اقامت بیماران و پذیرش‌های آنان با توجه به شرایط بیمارستان انجام پذیرد و سپس برنامه‌ریزی‌های لازم جهت رفع موانع و بهبود شرایط جهت کاهش بستری‌ها و پذیرش‌های غیر ضروری انجام پذیرد. همچنین مطالعات دیگری در بیمارستان‌های خصوصی و غیر دانشگاهی نیز انجام پذیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی به شماره 94s57 و دارای کد اخلاق (IR.AJUMS.REC.1395.705) می‌باشد. نویسندگان این مقاله از حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی و همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز کمال تشکر و قدردانی را دارند.

بستری غیر ضروری در مطالعه ویلانا ۶/۹ درصد بود (۲۳). همچنین در مطالعه‌ای که توسط هوا ننگ و همکاران در سال ۲۰۱۱ انجام گرفت، میزان بستری‌های غیر ضروری در دو بیمارستان کره جنوبی برابر با ۱۴/۹ درصد بود (۱۰). مطالعه حاضر نشان داد که اقامت بیشتر در بیمارستان احتمال افزایش بستری غیر ضروری را به طور معنی داری افزایش می‌دهد. پژوهش اقبالی خواه و همکاران در واحد مراقبت‌های ویژه اطفال بیمارستان کودکان بهرامی، ۲۰ درصد موارد بستری غیرمقتضی در بیماران را نشان داد (۲۴). اصفهانی در مطالعه‌ای نشان داد که از مهمترین دلایل طولانی شدن اقامت در بخش اورژانس طولانی شدن زمان مشاوره از سوی پزشکان بود (۲۵). بارت نیز طی مطالعه‌ای نشان داد که یکی از دلایل افزایش اقامت غیر ضروری بیماران طولانی بودن زمان مشاوره‌ها بود (۱۹). مطالعه یعقوبی فر و همکاران نشان داد علاوه بر علل مربوط به سیستم ارائه خدمات و وضعیت ارجاع، دلایل دیگری از قبیل اجتناب از معاینات سرپایی و پزشکی، عدم انجام آزمایشات بالینی در مراکز خارج بیمارستان، خود ارجاعی بیماران و مانند آن از علل اصلی بستری و پذیرش‌های غیر ضروری است و ارتقا خدمات بهداشتی در سطوح پایین تر و سیستم صحیح ارجاع می‌تواند تاثیر زیادی بر کاهش پذیرش و اقامت غیر ضروری بیمار در بیمارستان داشته باشد (۴). مطالعه حسینی شکوه و همکاران نیز نشان داد مهم ترین عوامل مؤثر بر مدت اقامت بیمار شامل فرآیند ترخیص بیمار، حضور پزشک در بخش، تعداد درخواست‌های پاراکلینیکی، هماهنگی‌های بین بخشی، زمان اولین اقدام درمانی در بخش پس از ورود بیمار، زمان ویزیت و روزهای پذیرش بودند که در چهار گروه عوامل فرآیندی، خدماتی، مقررات سازمانی و نیروی انسانی طبقه بندی شدند (۷). مطالعات نشان داده است که بکارگیری راهکارهای همچون، ارزیابی اولیه بیماران توسط پزشکان با تجربه و با استفاده از پروتکل بومی ارزیابی مناسب بستری بیمار، ایجاد واحد مراقبت کوتاه مدت در بیمارستان‌ها نزدیک بخش اورژانس برای ارزیابی بیمار، انجام تست‌های آزمایشگاهی و تحت نظر قرار دادن بیمار و درمان او، بکارگیری استراتژی مدیریت کیفیت در بیمارستان، ایجاد کمیته مدیریت استفاده بهینه از منابع بیمارستانی، بکارگیری روش

منابع

1. Bakhtari Aghdam F, Vahidi R, Mohammadi pour asl A, Kavousi Z. Admission and hospital stay of patient based on an appropriate assessment Protocol in training medical center of Tabriz city in 2006. *Medical journal of university of medical sciences of Tabriz city*. 2006; 30(2):35-39.
2. Mohammad Mosadeghrad A, Esfahani P. Unnecessary Length of Stay of Patients in Iranian Hospitals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jundishapur Sci Med J* 2018; 17(5):529-544.
3. Mosadeghrad A.M. Handbook of hospital professional organization and management (2), Tehran: Dibagran Tehran, Iran. 2004: 30-54.
4. Yaghoubi far MA, Maskani K, Akaberi A, SHahabi pour F. The rate of inappropriate admissions and length of stay of patients in hospitals Sabzevar city. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2008; 18(3):224-232.
5. Anton P, Peiro S, Aranaz JM, Calpena R, Compan A, Leutscher E, Et al. Effectiveness of a physician-oriented feedback intervention on inappropriate hospital stays. *Epidemiol Community Health*. 2007; 61: 128-134.
6. Palmisano-Mills C. Common problems in hospitalized older adults. *J Gerontol Nurs*. 2007; 33:48-54.
7. Hosseini-Shokouh S, Sadeghian K, Ameryoun A, Zaboli R. Organizational Factors Affecting a Patient's Average Length of Stay in Hospital: Systematic Review. *J Mil Med*. 2019; 20 (6) :577-588.
8. Fekari A, Ghiasi A, Ezzati M, Pakdaman M, Khalafi A. The Assessing of Inappropriate Admissions and Hospitalization based on Appropriate Evaluation Protocol in Alinasab hospital in Tabriz- 2009. *Journal of Hospital* 2010; 9(3, 4): 39-44.
9. Mosadeghrad A M, Isfahani P. Unnecessary hospital admissions in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Tehran Univ Med J*. 2019; 77 (6) :392-400.
10. Hwang JI, Kim J, Jang W, Park JW. Inappropriate hospitalization days in Korean oriental medicine hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2011; 23(4):437-44.
11. Kermani B, Gharsi M, GHnbari B, Sarabi Asiyabar A, Atefi manesh P, Bani asadi A, et al. The Relationship between the levels of patient care and length of stay in hospital. *Shafaye khatam*. 2015; 3(3):32-40.
12. Escolano Hortelano C.M. Adaptation of hospitalization in patients the appropriateness evaluation protocol criteria, Factors related the inappropriateness, *Rev Clin Esp*. 2004; (4):185-190.
13. Pourreza A, Kavousi Z, Mahmoudi M, Batebi A. Admission and hospital stay of patient based on an appropriate assessment Protocol in Emam Khomeyni and Shariati hospitals of university of medical sciences of Tehran city. *Journal of school of public Health and Institute of Health Research*. 2006; 4(3):73-83.
14. Zhang Y, Zhang L, Li H, Chen Y. Determinants of inappropriate admissions in county hospitals in rural China: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(6). pii: E1050.
15. da Silva EN, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000-2014. *BMJ Glob Health* 2017; 2(2):e000242.
16. Rosano A, Loha CA, Falvo R, Van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G, De Belvis AG. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *The European Journal of Public Health*. 2012; 29; 23(3):356-60.

17. Gabr H. Factors affecting inappropriate Hospital patient Stay in the General Administration, Faculty of Nursing, Mansoura University Surgical Units at Mansoura University Hospital, Egypt. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2012; 2(10):40-51.
18. Sunchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Mould-Quevedo JF, Garcia-Gonzalez JJ, Contreras-Hernandes I, Espinel-Bermudez MC, et al. The Hospital Appropriateness Evaluation Protocol in Elderly Patients: A Technique to Evaluate Admission and Hospital Stay. *Scand J Caring Sci*. 2008; 22:306-313.
19. Barnett AG, Page K, Campbell M, et al. The increased risks of death and extra lengths of hospital and ICU stay from hospital-acquired bloodstream infections: a case-control study. *BMJ Open*. 2013; 3: 1-6
20. Thollander J, Gertow O, Hansen S, Carlsson B, Hallert C. Assessment of inappropriate emergency admissions: A study 566 consecutive cases. *Swedish Medical Journal of Lakartidningen* 2004; 101(10):888-92.
21. Arefnezhad M, Purmand S, Rava M, Isfahani P. The Affective Factors on the Length of Hospital Stay of Acute Coronary Syndrome Patients in Amir-al-momenin Hospital of Zabol in 2014. *Community Health journal* 2016; 10(1): 1-10.
22. Barouni M, Amini S, Khosravi S. Appropriateness of Delivered Services in Educational Hospitals: A Case Study in Kerman University of Medical Sciences. *Sadra Med Sci J* 2016; 4(3): 185-194. [In Persian]
23. Villatla J, Siso A, Cereijo AC, Sequeira E, De Lasierra A. Appropriateness of hospitalization in a short stay unit of a teaching hospital, a controlled study. *Med Clin* 2002; 122(2): 454-6.
24. eghbalkhah a., salamati p., sotoudeh k., khashayar p. evaluation and comparison of admission and discharge criteria in admitted patients' of pediatric intensive care unit of bahrami children's hospital with the criteria of american academy of pediatrics. *IRAN J PEDIATR*. 2006; 16(4):399 406.
۲۰. Nasr-Esfahani M, Esmailian M, Nasri M. Causes of Prolonged Length of Stay for Patients Referred to the Emergency Department; a Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2014; 1 (1): 45-49.

Inappropriate hospital admission and stay in university hospitals of Ahvaz in 2016

Amin Torabi Pour: Assistant Professor, Department of Health Services Management, Faculty of Health, Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. torabi-a@ajums.ac.ir

Ahmad Tahmasbi Gharabi : Master of Health Services Management, Student Research Committee, Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. tahmasbigh.a@ajums.ac.ir

Sadegh Moazami Sedehi: Student Research Committee, Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. a.sedehi6@gmail.com

Ehsan Keykhaee* : Student Research Committee, Ahvaz Jondishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. (*corresponding author) e.keykhaee63@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: Unnecessary admission and hospitalization lead to increased false length of stay, hospital costs, poor service delivery and increased hospital infections. The purpose of this study was to determine the number of unnecessary admissions and hospitalizations in selected wards of educational hospitals.

Materials and Methods: In this descriptive study, which was performed cross-sectionally in 2016, 246 patients admitted to the urology, ENT and general surgery departments of Ahvaz educational hospitals were randomly selected. The required information was collected through the valid and global AEP protocol. This protocol includes two parts: essential admission criteria and essential hospitalization. Data analysis was performed using descriptive statistics in Spss.21 software.

Results: According to the 246 patients, the appropriate evaluation protocol regarding the necessity of admission and hospitalization showed that 7.3% of admissions and 15.9% (255 days) of 1322 hospitalizations. They were unnecessary.

Conclusion: As unnecessary admissions increase, the number of unnecessary hospitalizations increases as well. Unnecessary admissions and hospitalizations can be controlled by management techniques such as using patient admission protocols, bed management and patient discharge planning.

Keywords: Inappropriate Stay, Inappropriate Admissions, Hospital, AEP